

主任介護支援専門員研修 受講申込書

(平成 年 月 日記載)

(ふりがな)							◎印	性別	男 ・ 女
氏 名									
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 生								
自宅住所	〒 -								
勤務先名									
勤務先住所	〒 -								
事業所種別 (☑を入れてください)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター			<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所			<input type="checkbox"/> その他 ()		
連絡先 (日中連絡の取れる番号 に☑を入れてください)	<input type="checkbox"/> 自 宅 - -			<input type="checkbox"/> 携 帯 電 話 - -			<input type="checkbox"/> 勤 務 先 - -		
介護支援専門員登録番号 (県が発行した8桁の 番号) 及び登録地								【登録都道府県名】	
受講資格	必須	介護支援専門員専門研修課程Ⅰ(更新研修A前期)を修了							
		介護支援専門員専門研修課程Ⅱ(更新研修A後期)を修了							
	①～③のいずれかに○を入れてください	①専任(常勤専従)の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年(60ヶ月)以上である者(ただし、管理者との兼務は期間として算定できる) ②『ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について』(平成14年4月24日老発第0424003号厚生労働省老健局長通知)に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者)または、日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであって専任(常勤専従)の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年(36か月)以上である者(ただし管理者との兼務は期間として算定できる。) ③「主任介護支援専門員に準ずる者」として、現に兵庫県内の地域包括支援センターに配置されている者							
当協会会員の有無	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員 <input type="checkbox"/> 非会員								

※ 必要な書類の添付がない場合や記載内容に不備がある場合は、受付できなくなる場合がありますので、再度ご確認の上お申し込みください。

申込みコース (A又はBとご記入ください)	コース
--------------------------	-----

(各コース、定員になり次第、申し込みを締め切らせていただきます。)